

và IVM chỉ hiệu quả cho nhóm bệnh PCOS (22). Đặc biệt nghiên cứu còn ghi nhận được tỉ lệ trẻ sinh sống cao hơn ở nhóm PCOS khi điều trị bằng kỹ thuật IVM. Sự khác biệt về kết quả này có thể là do đối tượng bệnh nhân. Nghiên cứu chúng tôi thực hiện trên bệnh nhân không PCOS, nhưng có tiền căn HCQKBT, trong khi số liệu từ các nghiên cứu sử dụng trong phân tích gộp của Siristatidis và cộng sự là từ bệnh nhân không PCOS và đáp ứng buồng trứng bình thường.

Mặc dù còn một số hạn chế về cỡ mẫu cũng như thiết kế nghiên cứu, kết quả từ nghiên cứu chúng tôi cho thấy IVM trên bệnh nhân không PCOS có tiền

căn QKBT có thể có hiệu quả tương đương với nhóm bệnh nhân PCOS. Tuy nhiên, để đưa vào triển khai thường quy, cần có thêm nhiều dữ liệu hơn. Ngoài ra, cần lưu ý một thực tế là vì tính phức tạp của quy trình, IVM hiện nay chỉ được triển khai thường quy tại một vài trung tâm TTON tại Việt Nam.

5. Kết luận

Trên những bệnh nhân không PCOS nhưng có tiền căn HCQKBT, IVM có thể là một biện pháp điều trị được lựa chọn để tăng tính an toàn và duy trì hiệu quả điều trị.

Tài liệu tham khảo

- Seang Lin Tan, Ri-cheng Chian, William M Buckett, In vitro Maturation of Human oocytes: Basic science to clinical application, CRC Press, 2006
- Pincus G, Enzmann EV. The Comparative Behavior of Mammalian Eggs in Vivo and in Vitro: I. The Activation of Ovarian Eggs. J Exp Med. 1935;62:665-675
- Thompson JG, Gilchrist RB, Pioneering contributions by Robert Edwards to oocyte in vitro maturation (IVM), Mol Hum Reprod, 2013 Dec;19(12):794-8.
- Cha KY, Koo JJ, Ko JJ, et al. Pregnancy after in vitro fertilization of human follicular oocytes collected from nonstimulated cycles, their culture in vitro and their transfer in a donor oocyte program. Fertil Steril. 1991;55:109-113.
- Trounson A, Wood C, Kausche A. In vitro maturation and the fertilization and developmental competence of oocytes recovered from untreated polycystic ovarian patients. Fertil Steril. 1994;62:353-362
- Azziz R, Marin C, Hoq L, Badamgarav E, Song P. (2005) Health care-related economic burden of the polycystic ovary syndrome during the reproductive life span. J Clin Endocrinol Metab 90:4650-4658. PMID: 15944216
- Giang Huỳnh Như. The role of serum anti-mullerian hormone in predicting polycystic ovarian syndrome. ASPIRE 2014, Brisbane, Australia.
- Swanton A1, Storey L, McVeigh E, Child T. IVF outcome in women with PCOS, PCO and normal ovarian morphology, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010 Mar;149(1):68-71.
- Youssef MAFM, Van der Veen F, Al-Inany HG, Mochtar MH, Griesinger G, Nagi Mohesen M, Aboufoutouh I, van Wely M, Gonadotropin-releasing hormone agonist versus HCG for oocyte triggering in antagonist-assisted reproductive technology. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 10. Art. No.: CD008046. DOI: 10.1002/14651858.CD008046.pub4.
- Devroey P, Polyzos N and Blockeel C. An OHSS-Free Clinic by segmentation of IVF treatment. Human Reproduction, Vol.26, No.10 pp. 2593-2597, 2011
- Fatemi HM, Popovic-Todorovic B, Humaidan P. Severe ovarian hyperstimulation syndrome after gonadotropin-releasing hormone (GnRH) agonist trigger and "freeze-all" approach in GnRH antagonist protocol. Fertil Steril. 2014;101:1008-1011.
- Gurbuz A, Gode F, Ozcimen N and Isik A. Gonadotropin-releasing hormone agonist trigger and freeze-all strategy does not prevent severe

ovarian hyperstimulation syndrome: a report of three cases. Reproductive BioMedicine Online (2014) 29, 541-544

- Ling L, Phoon J, Lau M, Chan J, Viardot-Foucault V, Tan T, Nadarajah S and Tan H. GnRH agonist trigger and ovarian hyperstimulation syndrome: relook at 'freeze-all strategy'. Reproductive BioMedicine Online (2014) 29, 392-394
- Hồ Mạnh Tường, Đặng Quang Vinh, Vương Thị Ngọc Lan, Thụ tinh trong ống nghiệm, 313-341, NXBGD Việt Nam, 2011
- A. Ellenbogen, T. Shavit, and E. Shalom-Paz, IVM results are comparable and may have advantages over standard IVF, Facts Views Vis Obgyn. 2014; 6(2): 77-80.
- Fadini R, Mignini Renzini M, Guarnieri T, et al. Comparison of the obstetric and perinatal outcomes of children conceived from in vitro or in vivo matured oocytes in in vitro maturation treatments with births from conventional ICSI cycles
- Fadini R, Dal Canto MB, Mignini Renzini M, et al. Effect of different gonadotropin priming on IVM of oocytes from women with normal ovaries: a prospective randomized study. Reprod Biomed Online. 2009;19:343-351.
- Hourvitz A, Maman E, Brengauz M, et al. In vitro maturation for patients with repeated in vitro fertilization failure due to "oocyte maturation abnormalities" Fertil Steril. 2010;94:496-501.
- Huang JY, Chian RC, Gilbert L, et al. Retrieval of immature oocytes from unstimulated ovaries followed by in vitro maturation and vitrification: A novel strategy of fertility preservation for breast cancer patients. Am J Surg. 2010; 200:177-183.
- Liu J, Lu G, Qian Y, et al. Pregnancies and births achieved from in vitro matured oocytes retrieved from poor responders undergoing stimulation in in vitro fertilization cycles.
- Shaloml-Paz E, Holzer H, Young Son W, et al. PCOS patients can benefit from in vitro maturation (IVM) of oocytes. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2012;165:53-56.
- Charalampos Siristatidis, Theodoros N. Sergentanis, Paraskevi Vogiatzi, Prodromos Kanavidis, Charalampos Chrelias, Nikolaos Papantoniou, Theodora Psaltopoulou (2015) In Vitro Maturation in Women with vs. without Polycystic Ovarian Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS One. DOI:10.1371/journal.pone.0134696

NÂNG CAO KIẾN THỨC VỀ UNG THƯ VÚ VÀ TỰ KHÁM VÚ SAU CAN THIỆP GIÁO DỤC CHO PHỤ NỮ XÃ NGỌC LIÊN, CẨM GIANG, HẢI DƯƠNG

Nguyễn Thị Hằng⁽¹⁾, Lê Thanh Tùng⁽²⁾
(1) Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương, (2) Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Từ khóa: Ung thư vú, tự khám vú, can thiệp giáo dục.
Keywords: Breast cancer, breast self-examination, educational intervention.

Tóm tắt

Ung thư vú là nguyên nhân số một gây tử vong do ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu "Đánh giá kết quả của chương trình can thiệp truyền thông kiến thức về ung thư vú và tự khám vú cho phụ nữ từ 20 - 59 tuổi xã Ngọc Liên - Cẩm Giang - tỉnh Hải Dương". Nghiên cứu can thiệp thực hiện từ tháng 4 đến tháng 8 năm 2016 trên 110 phụ nữ trong độ tuổi từ 20- 59 tuổi. Ứng dụng mô hình niềm tin sức khỏe và truyền thông trực tiếp để can thiệp nâng cao kiến thức đối tượng. Kết quả cho thấy sau can thiệp kiến thức chung về UTV và thực hành TKV đều tăng hơn so với trước can thiệp nhưng có xu hướng giảm dần theo thời gian ($p < 0,001$).

Từ khóa: ung thư vú, tự khám vú, can thiệp giáo dục.

Abstract

EFFECTS OF HEALTH EDUCATION INTERVENTION ON IMPROVING WOMEN'S KNOWLEDGE OF BREAST CANCER AND BREAST SELF-EXAMINATION IN NGOC LIEN - CAM GIANG, HAI DUONG

Breast cancer is the first leading cause of cancer death among women. The aim of this study was to evaluate the effects of health education intervention on improving women's knowledge of breast cancer and breast self-examination in Ngoc Lien - Cam Giang, Hai Duong. A quasi-experment study was conducted from 110 women between the ages of 20- 59 years from April to August 2016. The health belief model and direct communication were applied to implement health education intervention to improve women's knowledge of breast cancer and breast self-examination. The results showed that there were significant increases in women's general knowledge of breast cancer and breast self-examination after the intervention compare with before the intervention but trends have diminished over time ($p < 0.001$).

Keywords: breast cancer, breast self-examination, educational intervention

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
Lê Thanh Tùng,
email: tungpond@ndun.edu.vn
Ngày nhận bài (received): 20/4/2017
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
19/5/2017
Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 16/6/2017

1. Đặt vấn đề

Ung thư vú (UTV) là nguyên nhân số một gây tử vong do ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Tại châu Mỹ, theo thống kê năm 2008 có hơn 320.000 phụ nữ được chẩn đoán mắc bệnh UTV và 82.500 phụ nữ chết vì căn bệnh này. Theo xu hướng hiện nay, dự kiến đến năm 2030 số phụ nữ được chẩn đoán mắc bệnh UTV sẽ tăng 60% ở châu Mỹ [9]. Tại Việt Nam, theo số liệu thống kê năm 2010, UTV là bệnh ung thư đứng hàng đầu ở nữ giới với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi trung bình trong cả nước là 29,9/100.000 dân và cao nhất là Hà Nội với tỷ lệ trung bình là 39,4/100.000 dân [1].

Hiện nay, có 3 phương pháp hiệu quả nhất để chẩn đoán sớm UTV là: tự khám vú (TKV), khám vú lâm sàng và chụp nhũ ảnh [2]. Trong đó TKV hàng tháng kết hợp với khám vú định kỳ tại các cơ sở y tế là chiến lược để phát hiện sớm UTV cho phụ nữ từ trên 20 tuổi [3], [4]. TKV thường xuyên là một phương pháp an toàn, đơn giản, không tốn kém về thời gian và kinh tế, nhưng lại được áp dụng rộng rãi và thích hợp cho mọi phụ nữ để sàng lọc UTV [2]. Mặc dù tự khám vú (TKV) có ảnh hưởng tích cực đến phát hiện sớm các khối u tại vú, nhưng thực tế tỷ lệ phụ nữ thực hiện TKV tại nhà còn rất hạn chế. Theo một nghiên cứu thực hiện tại thành phố Mosul năm 2013 cho thấy chỉ một phần mười số phụ nữ tham gia nghiên cứu thực hành TKV thường xuyên [4].

Theo “mô hình Niềm tin sức khỏe” của Champion, Janz, & Strecher (2002), một người phụ nữ hiểu được rằng bệnh UTV là một căn bệnh nghiêm trọng và họ dễ mắc phải bệnh này thì sẽ có nhiều khả năng họ thực hiện TKV thường xuyên hơn. Đặc biệt khi họ hiểu được hậu quả của UTV, và mình dễ có nguy cơ UTV, đồng thời người phụ nữ tự tin mình có khả năng tự kiểm soát UTV cho chính mình do đó họ cũng sẽ thực hiện TKV thường xuyên hơn [2], [3],[6].

Tại Việt Nam, đặc biệt trên địa bàn tỉnh Hải Dương cho đến nay chưa có nghiên cứu can thiệp áp dụng “mô hình niềm tin sức khỏe” để thúc đẩy hành vi thực hành tự khám vú ở phụ nữ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu “Đánh giá kết quả của chương trình can thiệp

truyền thông kiến thức về ung thư vú và tự khám vú cho phụ nữ từ 20 - 59 tuổi xã Ngọc Liên - Cẩm Giàng - tỉnh Hải Dương”.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn là phụ nữ trong độ tuổi từ 20 - 59 tuổi, không có thai, có khả năng giao tiếp bình thường, tình nguyện tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ là những người không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại xã Ngọc Liên - Cẩm Giàng - Hải Dương từ tháng 5/2016 đến tháng 12/2016

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp được thực hiện trên một nhóm đối tượng có so sánh trước, ngay sau và sau can thiệp một tháng (không có nhóm chứng) nhằm đánh giá hiệu quả của chương trình giáo dục truyền thông.

Đánh giá trước can thiệp: Các đối tượng được phỏng vấn các thông tin về nhân khẩu học và kiến thức về ung thư vú, tự khám vú

Tiến hành can thiệp: Sử dụng phương pháp thuyết trình tích cực có phương tiện hỗ trợ máy chiếu, tài liệu phát tay cho người tham gia (tài liệu word, protocol) để cung cấp kiến thức về UTV, các yếu tố nguy cơ, mức độ nghiêm trọng của bệnh, các dẫn chứng y học thuyết phục niềm tin của người tham gia thực hành TKV và cung cấp các bước thực hành TKV theo hướng dẫn của WHO. Xem video hướng dẫn thực hành TKV. Chia nhóm nhỏ từ 9 - 10 phụ nữ/ 1 nhóm/dưới sự kèm cặp và hướng dẫn của nhóm nghiên cứu, có mô hình mô phỏng khám vú cho mỗi nhóm thực hành nhằm giúp họ nhớ kỹ hơn các bước thực hiện TKV. Thảo luận: nhóm nghiên cứu khuyến khích đối tượng tham gia đặt câu hỏi và trả lời các thắc mắc cho họ.

Đánh giá sau can thiệp: Gồm hai lần đánh giá: đánh giá ngay sau can thiệp và đánh giá sau 1 tháng can thiệp. Các thông tin đánh giá như đánh giá trước can thiệp

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Mẫu nghiên cứu được chọn theo công thức

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{\Delta^2}$$

Trong đó:

- n: là cỡ mẫu nghiên cứu
- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ với độ tin cậy khi là 95%
- p: tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt chọn p = 0,5 để có cỡ mẫu lớn nhất
- Δ sai số cho phép ấn định = 0,1

Theo công thức trên trong nghiên cứu này chúng tôi có mẫu nghiên cứu là 96, dự kiến 10% đối tượng từ chối tham gia, cỡ mẫu lấy tròn thành 110 đối tượng.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn ngẫu nhiên theo cụm

Xã Ngọc Liên có 10 thôn với trung bình số phụ nữ từ 20-59 tuổi đủ tiêu chuẩn nghiên cứu là 500 người. Chọn ngẫu nhiên 03 thôn và chọn toàn bộ số phụ nữ tại 03 thôn này. Căn cứ theo tiêu chuẩn chọn mẫu đã chọn được đủ số lượng cỡ mẫu nghiên cứu.

2.5. Công cụ thu thập thông tin

Bộ công cụ gồm bốn phần, được xây dựng bởi (Hochbaum et al., 1950) và phát triển bởi Champoin (2002). Tác giả Lê Dung (2009) đã sử dụng bộ công cụ này để thực hiện nghiên cứu tại tỉnh Kiên Giang - Việt Nam nhưng có sửa đổi một số nội dung với sự đồng ý của Dr.Champion. Trong nghiên cứu này chúng tôi đã phát triển bộ công cụ từ nghiên cứu của Lê Dung (2009) thực hiện với những phụ nữ theo đạo tại nhà thờ Lạch Giá - tỉnh Kiên Giang [7].

Sử dụng phương pháp tự điền để thu thập được các thông tin nghiên cứu

2.6. Tiêu chí đánh giá trong nghiên cứu

Một thang Likert 5 điểm được sử dụng để đo lường kiến thức về UTV với 05 mức độ: (5) Hoàn toàn đồng ý, (4) Đồng ý, (3) Bình thường, (2) Không đồng ý, và (1) Hoàn toàn không đồng ý. Số điểm tổng thu được bằng cách cộng điểm từ mỗi câu trả lời, tổng cộng là từ 22 đến 110 điểm. Nếu điểm kiến thức ở mỗi câu hỏi lớn hơn hoặc bằng 4 được coi là đạt, ngược lại nếu dưới 4 điểm được coi là có kiến thức niềm tin chưa đạt. Tổng số điểm kiến thức về tự khám vú đạt được từ 0- 28 điểm. Việc đánh giá kiến thức thực hành TKV của phụ nữ dựa vào điểm số đạt được. Điểm số cao hơn đại diện tần số và trình độ thực hành TKV của phụ nữ cao. Điểm số

thấp hơn đại diện cho tần số và trình độ thực hiện TKV của phụ nữ thấp.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Các số liệu sau khi được thu thập sẽ được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Các bảng, biểu và tỷ lệ % được sử dụng để mô tả các số liệu. Sử dụng test McNemar để kiểm tra sự khác biệt về các tỷ lệ giữa trước và sau can thiệp.

3. Kết quả và bàn luận

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm kiến thức về UTV sau can thiệp (n= 110)

Kiến thức về UTV	Trước can thiệp		Ngay sau can thiệp		Sau can thiệp 1 tháng	
	Đạt	%	Đạt	%	Đạt	%
UTV là căn bệnh phổ biến ở phụ nữ	55	50	107	97,3	93	84,5
Biểu hiện của UTV có dịch chảy ra từ núm vú	44	40	87	79,1	78	70,9
Trên 35 tuổi là độ tuổi dễ mắc UTV	54	49,1	105	95,5	92	83,6
UTV không thể sống quá 5 năm	45	40,9	78	70,9	46	41,8
UTV có thể được phát hiện bằng cách TKV tại nhà	44	40	99	90	97	88,2
Bệnh UTV có thể điều trị khỏi nếu được phát hiện sớm	74	67,3	107	97,3	91	82,7

Bảng 3.2. Đặc điểm kiến thức về các yếu tố nguy cơ UTV sau can thiệp

Hiểu biết về nguy cơ UTV	Trước can thiệp		Ngay sau can thiệp		Sau can thiệp 1 tháng	
	Đạt	%	Đạt	%	Đạt	%
Bất kỳ phụ nữ nào cũng có nguy cơ UTV trong tương lai	54	49,1	107	97,3	86	78,2
Chế độ ăn nhiều mỡ động vật sẽ làm tăng nguy cơ UTV.	51	46,4	109	99,1	92	83,6
Sử dụng thuốc tránh thai có chứa Estrogen kéo dài làm tăng nguy cơ UTV	26	23,6	100	96,4	81	73,6
Duy trì sức khỏe tốt là vô cùng quan trọng để ngăn chặn bệnh UTV vú.	96	87,3	96	87,3	91	82,7
Tập thể dục ít nhất 3 lần trong tuần để phòng ngừa ung thư vú	79	71,8	100	96,4	95	86,4

Bảng 3.3. Đặc điểm kiến thức về mức độ nghiêm trọng của bệnh và lợi ích của TKV

Mức độ nghiêm trọng của bệnh và lợi ích của TKV	Trước can thiệp		Ngay sau can thiệp		Sau can thiệp 1 tháng	
	Đạt	%	Đạt	%	Đạt	%
UTV ảnh hưởng đến môi quan hệ của chị với các thành viên trong gia đình.	51	46,4	81	73,6	55	50
Nếu chị bị UTV toàn bộ cuộc sống của chị sẽ bị thay đổi.	75	68,2	96	87,3	82	74,5
TKV rất quan trọng, nó sẽ giúp chị phát hiện sớm UTV.	45	40,9	109	99,1	94	85,5
Thực hiện TKV hàng tháng sẽ giúp chị làm giảm nguy cơ tử vong do UTV.	49	44,5	107	97,3	101	91,8
TKV là một cách chăm sóc cho chính bản thân	66	60	109	99,1	95	86,4

Bảng 3.4. Kiến thức thực hành TKV sau can thiệp

Kiến thức thực hành TKV	Trước can thiệp		Ngày sau can thiệp		Sau can thiệp 1 tháng	
	Đạt	%	Đạt	%	Đạt	%
Khi TKV, chỉ có thường sử dụng phần bằng phẳng của ngón tay hay không (phần đệm)	35	31,8	98	89,1	96	87,3
Khi TKV, chỉ có thường xuyên sử dụng 2 hoặc 3 ngón tay hay không	49	45,5	103	93,6	96	87,3
Khi TKV, chỉ thường sử dụng lực để khác nhau như thế nào tại mỗi điểm	39	35,5	104	94,5	103	93,6
Khi TKV, chỉ thường xuyên sử dụng loại mô hình gì	89	80,9	109	100	102	92,7
Chỉ dùng tay nào để tự khám vú	41	37,3	87	79,1	75	68,2
Trong khi TKV, chỉ có thường xuyên kiểm tra toàn bộ khu vực kéo dài dưới cánh tay, qua đường áo ngực, và phía trên xương ngực và trên xương đòn	38	34,5	98	89,1	92	83,6
Khi nhìn vào gương, chỉ thường quan sát vú bằng 3 tư thế: hai tay dọc theo cơ thể, 2 tay đặt vào hông và 2 tay để lên đầu	40	36,4	97	88,2	89	80,9
Chỉ thường nằm nghiêng thế nào khi chị khám bề mặt ngoài của vú	35	31,8	105	92,7	97	88,2
Chỉ thường nằm ngửa thế nào khi chị kiểm tra bề mặt ngoài của vú	35	31,8	101	91,8	94	85,5
Khi TKV, chỉ có thường khám cả hai vú hay không	53	48,2	107	97,3	96	87,3

Bảng 3.5. Sự khác biệt điểm trung bình về kiến thức thực hành TKV

Thời gian đánh giá	(Min)	(Max)	($\bar{x} \pm SD$)	p (t-test)
Trước can thiệp (T1)	2	21	12,05 ± 3,69	P(1-2) < 0,01
Ngày sau can thiệp (T2)	17	28	24,25 ± 2,18	
Sau can thiệp 1 tháng (T3)	16	28	22,25 ± 2,55	

Tuổi trung bình của các đối tượng trong nghiên cứu là 39,94. Trong đó độ tuổi từ 20- 39 tuổi chiếm tỷ lệ 56,3%. Nghề nghiệp chủ yếu của đối tượng là làm nông nghiệp với tỷ lệ là 42,7%. Đa số đối tượng mới chỉ học hết trung học cơ sở (55,3%).

3.2. Hiệu quả can thiệp

3.2.1. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về ung thư vú

Trước can thiệp chỉ có 50% đối tượng biết rằng UTV đang là một căn bệnh phổ biến nhất ở phụ nữ, nhưng sau can thiệp hầu hết 97,3%) đối tượng biết được điều này, và sau một tháng có 14 phụ nữ đã quên hoặc trả lời không đạt.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của nhóm tác giả Đỗ Minh Sơn và Trần Vũ (2009) tại Tứ Kỳ - Hải Dương cho thấy trước can thiệp tác giả chỉ tìm thấy 5,3% đối tượng biết rằng biểu hiện UTV là có dịch chảy ra từ núm vú, nhưng sau can thiệp là 20,2% [2]. Nghiên cứu của tác giả Shahrabaki và các cộng sự (2012) với 200 phụ nữ tham gia có nhóm chứng, kết quả cho thấy thông tin về UTV cho cả hai nhóm nghiên cứu trước

can thiệp đều ở mức độ trung bình và không có sự khác biệt về mặt thống kê (p= 0,08), nhưng sau can thiệp thì điểm kiến thức tốt của nhóm chứng chỉ chiếm 5% trong khi một tỷ lệ cao đạt được ở nhóm can thiệp và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (p < 0,001) [3].

Trước can thiệp chỉ có 49,1% đối tượng biết rằng tất cả phụ nữ đều mắc UTV, nhưng sau can thiệp tỷ lệ này tăng lên 97,3%.

Tương tự với kết quả này, tác giả Đỗ Minh Sơn và Trần Vũ (2009) cũng cho thấy rằng trước can thiệp tỷ lệ phụ nữ thực hiện chế độ ăn giảm mỡ động vật nhằm ngăn ngừa UTV chỉ chiếm một tỷ lệ rất thấp 4.05% đối tượng, nhưng sau chương trình can thiệp truyền thông gián tiếp thì tỷ lệ này tăng lên 10,2% [2].

Hầu hết đối tượng đều biết rằng ung thư khiến cho tỷ lệ tử vong của người bệnh cao, việc điều trị gặp rất nhiều khó khăn và tốn kém kinh tế. Do vậy trước can thiệp có 68,2% đồng ý rằng nếu bị UTV toàn bộ cuộc sống của họ sẽ bị thay đổi và sau can thiệp tỷ lệ tăng lên 87,3%. Nhưng chỉ có 40,9% trong số họ biết được TKV rất quan trọng, nó sẽ giúp phát hiện sớm UTV, đồng thời một tỷ lệ tương tự 44,5% biết rằng TKV hàng tháng sẽ làm giảm nguy cơ tử vong do bệnh. Đây là kết của sự thiếu hụt trầm trọng về vai trò và lợi ích của việc TKV tại nhà hàng tháng, có thể do chính bản thân đối tượng không biết đến hoặc không chủ động trọng việc tìm kiếm thông tin về TKV, mặt khác là do tại Việt Nam còn quá hạn chế trong việc tuyên truyền, khuyến khích phụ nữ thực hành TKV tại nhà. Tương đồng với lý giải này là kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả ngoài nước chỉ ra rằng sự hiểu biết về mức độ nghiêm trọng của bệnh UTV và lợi ích từ việc TKV hàng tháng sẽ tạo ra động lực mạnh mẽ khiến cho người phụ nữ chủ động học hỏi làm tăng kiến thức về UTV và thực hành TKV [3].

3.2.2. Hiệu quả can thiệp nâng cao kiến thức về tự khám vú

Hầu hết sau chương trình can thiệp kiến thức thực hành TKV của đối tượng được nâng lên rõ rệt cụ thể trước can thiệp chỉ có 31,8% sử dụng đúng phần bằng phẳng của ngón tay để khám vú nhưng sau can thiệp có 89,1% đạt ở bước này, sau một tháng đánh giá lại tỷ lệ này được duy trì ở mức cao 87,3%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với một nghiên cứu được thực hiện tại Ả Rập Saudi với

225 phụ nữ bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang và cách lấy mẫu thuận tiện để đánh giá kiến thức về UTV và niềm tin của họ về thực hành TKV dựa trên HBM. Nghiên cứu kết luận rằng khi điểm số về kiến thức UTV theo HBM tăng thì điểm số kiến thức về thực hành TKV sẽ tăng [3].

Một nghiên cứu khác được tiến hành tại Thổ Nhĩ Kỳ với 438 phụ nữ. Nhóm tác giả cũng đã sử dụng HBM để xác định mối tương quan giữa kiến thức về UTV, mức độ nghiêm trọng của bệnh, lợi ích của TKV, và sự tự tin của bản thân với tần suất thực hành TKV của phụ nữ. Kết quả cho thấy việc thực hiện TKV thường xuyên hàng tháng hoặc không thường xuyên của phụ nữ có mối quan chặt chẽ với mức độ kiến thức về UTV [8].

Kết quả bảng 3.5 cho thấy điểm số trung bình về kiến thức thực hành TKV của người tham gia nghiên cứu trước can thiệp là 12,05 ± 3,69 ngay sau chương trình can thiệp điểm số đạt 24,25 ± 2,18 và sau một tháng can thiệp điểm số là 22,25 ± 2,55. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

Kết quả này tương tự với nghiên cứu của K. Asazawa (2015), với phương pháp nghiên cứu can thiệp để nâng cao kiến thức thực hành TKV cho 169 phụ nữ. Kết quả cho thấy tỷ lệ thực hành TKV trước can thiệp chỉ có 32,1% trong đó có 40,7% không thực hiện vì thiếu kiến thức TKV, nhưng sau can thiệp mười tuần thực hiện đánh giá lại thì tỷ lệ này là 53,8% số người tham gia thực hiện TKV thường xuyên và duy trì [5].

4. Kết luận

Sau chương trình can thiệp truyền thông trực tiếp tỷ lệ đối tượng được đánh giá có kiến thức đạt cả về UTV và thực hành TKV đã tăng lên rõ rệt từ 15% đạt về kiến thức UTV và 2,7% đạt về kiến thức thực hành TKV đều tăng lên 98,2% (n = 108), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,01).

Sau can thiệp một tháng, kiến thức chung về UTV và thực hành TKV đều giảm hơn so với lần đánh giá ngay sau can thiệp (p<0,01), nhưng vẫn cao hơn có ý nghĩa thống kê so với trước khi can thiệp (p<0,01).

Tài liệu tham khảo

- Bộ Y tế (2015), Tài liệu Truyền thông phòng chống ung thư, Hà Nội 2015.
- J. W. Aarts et al. (2011), "Relationship between quality of life and distress in infertility: a validation study of the Dutch FertiQoL", Hum Reprod. 26(5), tr. 1112-8.
- Mostafa A. Abolfotouh et al. (2015), "Using the health belief model to predict breast self examination among Saudi women", BMC Public Health. 15, tr. 1163.
- Maarab younis Abdullah Al-Fathy and Bssam A Alneema Assist (2013), "Knowledge, Attitude, and Practice of Breast-Self Examination among School Teachers in Mosul City", Tikrit Medical Journal 19(2), tr. 221-238
- K. Asazawa (2015), "Effects of a partnership support program for couples undergoing fertility treatment", Jpn J Nurs Sci. 12(4), tr. 354-66.
- N. Birhane et al. (2015), "Predictors of breast self - examination among female teachers in Ethiopia using health belief model", Arch Public Health. 73(1), tr. 015-0087.
- Le Thi Dung (2012), Factors related to breast self – examination among women in Kien Giang, Viet Nam, A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the master degree of nursing science international program the Faculty of Nursing Burapha university.
- M. Fekkes et al. (2003), "Health-related quality of life in relation to gender and age in couples planning IVF treatment", Hum Reprod. 18(7), tr. 1536-43.
- World Health Organization (2008), Breast cancer in the Americas.